

FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le Traitement
de la luxation congénitale
de la hanche avant la marche**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1939

PAR

Camille MARTIN

Né le 3 Septembre 1910 à Portes (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :

MM. ETIENNE, Professeur, Président.

BOUDET, Professeur

AIMES, Agrégé.

MOURGUE-MOLINES, Agr.

} *Assesseurs*

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

1939

**LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE AVANT LA MARCHÉ**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0108

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 27

FACULTÉ DE MÉDECINE

Le Traitement de la luxation congénitale de la hanche avant la marche

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1939

PAR

Camille MARTIN

Né le 3 Septembre 1910 à-Portes (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY

MM. ETIENNE, Professeur, Président.

BOUDET, Professeur

AIM S., Agrégé.

MOURGUÉ-MOLINES, Agr.

} *Assesseurs*

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique médicale et Toxicologie.....
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicalepropédeutique

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELTT
 LISBONNE,
 PAGES
 NE
 PUECH
 CARRIEU
 VIDAL
 BOULET
 GIRAUD
 RIMBAUD
 MASSABAU assesseur
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 BOUDET
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 DEJEAN
 TERRACOL
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale...
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de)

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT,
 FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS GALAVIELLE
 ROSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale.....
 Pathologie médicale et Clinique propédeutique
 médicale
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique phthisiologique
 Chirurgie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Stomatologie.....

HARANT, Dr.
 BAUMEL, agr.
 P. RIMBAUD agr.,
 JANBON, agr.
 VIDAL, prof.
 GUIBAL, agr.
 MOURGUE-MOLINES, ag.
 ROUX ag.
 N.
 FERRIER D^r



Agrégés en exercice

Bactériologie
 Médecine
 Chirurgie
 Chimie

CARRERE
 JANBON
 BAUMEL
 P. RIMBAUD
 LAFON, ch. d'agr.,
 ROUCOMONT ch. d'agr.
 MM. AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX
 Dr MONNIER, ch. d'agr.

Examinateurs de la Thèse

MM. ETIENNE, Prof. président
 BOUDET, Professeur

MM. AIMES, Agrégé
 MOURGUE-MOLINES, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE

Qui, par des sacrifices immenses a voulu faire de moi beaucoup plus qu'il n'était lui-même, qu'il daigne trouver dans ce modeste travail l'expression de toute ma gratitude.

A MA MÈRE

Dont le labeur acharné de toute une existence a contribué à faire de moi ce que je suis devenu, qu'elle trouve ici l'assurance de ma reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Montpellier*

*Qui nous a inspiré ce travail et qui
nous a fait, en outre, le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage respectueux de notre
admiration et de notre gratitude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AIMES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MOURGUE-MOLINES

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE AVANT LA MARCHÉ

Introduction

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche apparaît très complexe. Parfois ses résultats sont incertains, aussi s'est-on efforcé de le perfectionner sans cesse et d'essayer de lui donner une forme idéale. Le traitement entrepris avant la marche, semble de plus en plus s'imposer comme cette forme idéale à lui donner.

En effet: la luxation congénitale de la hanche mérite le nom de malformation luxante. Les modifications anatomiques qui la caractérisent, si complexes soient-elles, découlent en grande partie des rapports anormaux entre le fémur et l'os coxal, de la luxation réalisée pendant l'évolution de la croissance, sur un terrain spécial. Mais la luxation elle-même est la conséquence d'une malformation complexe, sans laquelle elle n'aurait pu se produire et qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne trouve pas d'explication. Comme le prétendait L. Damany l'antéposition du col n'apparaît pas comme responsable, en dernière analyse, de tous les troubles: l'étendue de la malformation est bien plus grande.

Mais que ce soit malformation, retard de développement ou toute autre cause, la luxation ou la subluxation, une

fois réalisée, entraîne, par sa présence, des remaniements osseux qui vont donner à l'affection les caractéristiques anatomiques définitives qu'on leur connaît.

Au contraire, par le jeu des lois de Delpech et de Duroquet, le fémur et l'os coxal maintenus normalement en contact, réalisent par adaptation réciproque et modelage, une articulation qui tend vers la normale.

Le traitement orthopédique de la luxation congénitale consiste à redonner des rapports normaux entre le fémur et la cavité cotyloïde et à attendre, dans ces conditions, le jeu des lois de la croissance.

Il est évident que ce résultat sera d'autant plus vite et d'autant mieux que :

1° Les lésions secondaires à la luxation seront moins accusées ;

2° Le squelette sera plus malléable, c'est-à-dire plus jeune.

En un mot, plus le traitement sera entrepris précocement et plus la reconstitution approchera de la perfection. Le corollaire de cette affirmation est l'institution d'une thérapeutique aussi précocement que possible, avant la marche, si l'on peut avant que la luxation proprement dite soit réalisée.

Dans notre travail, nous nous proposons ce problème :

Dans une première partie, nous envisagerons :

1° L'existence de la préluxation ;

2° Le devenir de cette préluxation ;

3° La conduite à tenir : diagnostic, traitement.

Dans une deuxième partie, nous aborderons le traitement.

1° Une revue rapide des traitements proposés ;

2° Le traitement que nous proposons, qui est celui qu'applique M. le professeur Etienne dans son service de Chirurgie infantile.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

La luxation congénitale de la hanche existe-t-elle avant la marche

Certains auteurs ne l'admettent pas :

Gourdon est d'avis qu'elle apparaît quand l'enfant met les pieds à terre ; n'existent antérieurement que les malformations de la cavité cotyloïde et de l'extrémité supérieure du fémur, qui empêchent la coaptation de l'une à l'autre.

Pour Gottlieb, dans la majorité des cas, l'enfant naît avec une déformation osseuse seulement, sans présenter encore l'état de luxation, qui se produira soit durant la première année, résultant peut-être de l'emmaillotement, soit immédiatement après les premiers pas.

Krukenberg pense que la luxation congénitale commence toujours par être une subluxation et qu'elle ne se complète

que lors de la marche, par suite du poids du corps et surtout de la contracture en adduction du membre, qui amène le glissement de la tête sur le toit oblique du cotyle.

Cependant, la luxation peut exister à la naissance et même avant cette dernière. Harrenstein, en 1925, l'a constatée chez un prématuré de 7 mois. Pour lui, l'origine de la luxation est très précoce. Il admet que toutes les luxations sont d'origine fœtale et représentent un trouble très précoce du développement de la hanche.

En 1929, Putti avait réuni 33 cas de luxations diagnostiqués dès la naissance; il a suivi, depuis leur naissance, quelques cas chez lesquels il soupçonnait l'existence d'une luxation; il a fait des radiographies où l'on voit la luxation se révéler au fur et à mesure que l'enfant avance en âge.

En 1934, il présente une étude de 80 radiographies de nouveau nés; il classe les malformations dans l'ordre suivant au point de vue de leur apparition.

1° Obliquité du toit du cotyle apparente dès les premiers jours;

2° Ectopie de l'extrémité fémorale supérieure; elle n'apparaît que le deuxième jour;

3° Retard d'apparition et hypoplasie du noyau céphalique.

Ce signe n'apparaît qu'après le troisième mois, date de l'apparition du noyau.

Il est des cas où la luxation existe dès la naissance, des cas où il y a subluxation et la luxation se complète, des cas où la luxation se guérit spontanément.

CHAPITRE II

Quel est le devenir de la malformation luxante ?

La guérison spontanée a certainement été constatée plusieurs fois. Slomann en rapporte 2 cas en 1924, Venezian, 1 cas, Dyre Diriks en 1925, 30 cas. Franceschetti a fait une étude de ce sujet : la guérison peut parvenir d'une manière précoce et complète, si bien que la marche a souvent commencé et s'est poursuivie d'une manière régulière : les subluxations doivent être plus fréquentes qu'on ne le pense étant donné qu'elles peuvent passer inaperçues et évoluer spontanément vers la guérison. Cette évolution ne se produirait en tout cas, que dans des subluxations (qui sont encore intra-cotyloïdiennes, ou tout au moins à cheval sur le bord supérieur du cotyle), dans les luxations sus-cotyloïdiennes et jamais dans les luxations postérieures. Pour Reviglio, il persisterait toujours quelques imperfections anatomiques. Le mécanisme de la guérison serait le même que celui de la guérison après réduction, c'est-à-dire un travail de redressement, de rétraction de la capsule, qui arrive peu à peu à faire glisser la tête en place,

et aussi d'ossification rapide du toit du cotyle par de petits noyaux développés dans l'épaisseur du sourcil cotyloïdien. Il est difficile de préciser s'il s'agit d'une précoce ossification du noyau épiphysaire supra-cotyloïdien ou si ce sont de petits noyaux autonomes développés dans l'épaisseur du rebord cotyloïdien et stimulés dans leur accroissement par le mouvement et le poids du corps.

L'opinion générale de tous ceux qui ont étudié cette question et qui admettent la possibilité de la guérison spontanée, est que les règles thérapeutiques doivent être maintenues, que l'on ne peut s'abandonner à l'espoir d'une guérison spontanée hypothétique que rien ne permet de prévoir. Au surplus, le traitement ne peut que l'aider et ne l'entravera pas.

CHAPITRE III

La conduite à tenir en présence d'une préluxation

1° Le diagnostic

La luxation est-elle facilement diagnosticable avant la marche, ou ne l'est-elle qu'exceptionnellement?

Moyennant un minimum d'attention, le praticien ou même la mère de famille peuvent soupçonner une luxation congénitale, soit que le membre présente de la limitation de l'abduction, ou un raccourcissement, soit qu'il existe une asymétrie des plis cutanés. La palpation ne fournit souvent de résultats intéressants que lorsque la malformation est telle qu'elle est appréciable à la simple inspection. L'on peut cependant, par l'intermédiaire du fémur, explorer l'articulation. Seule la possibilité de faire les mouvements de piston du fémur quand l'enfant est couché, est un bon signe de préluxation. Il faut savoir que le diagnostic peut être précisé, et l'a souvent été, par la radiographie; il faut radiographier avant toute tentative thérapeutique, tout nourrisson cliniquement étiqueté

ou seulement soupçonné; dans les familles à luxation, tout nourrisson devrait être radiographié. Putti a précisé les caractères normaux d'une hanche de nourrisson. Une ligne horizontale passant par l'espace clair du cartilage cotyloïdien doit être au-dessus de l'extrémité fémorale. Si le fémur atteint cette horizontale bicotyloïdienne, il y a malformation. Une ligne verticale tangente au bord interne de cette même extrémité doit passer par le centre de la cavité cotyloïde; si elle passe en dehors, il y a malformation. La verticale passant par la partie externe de la cavité cotyloïde doit normalement passer en dehors du bourgeon épiphysaire.

Gottlieb indique comme autre signe radiographique, l'existence d'une solution de continuité ischio-pubienne plus grande du côté luxé.

2° Les indications du traitement

Devant cette malformation, certains ont préféré ne pas agir trop précocement: Estor, dans son Guide pratique de Chirurgie Infantile, conseille ne pas intervenir jusqu'à l'âge de 2 ans. Les meilleurs résultats sont, à son avis, obtenus de 3 à 6 ans.

Joachimstal, bien qu'admettant une amélioration d'autant plus rapide que les enfants sont pris plus jeunes, ne commence le traitement qu'à la fin de la deuxième année.

Galeazzi, estime qu'il ne faut pas entreprendre de traitement trop précoce en raison de l'incertitude du noyau céphalique. Il attend l'âge de 6 mois.

L'étude attentive des malades, de l'évolution des luxations congénitales et des résultats thérapeutiques, a amené progressivement les orthopédistes à modifier leur façon première de voir, et à envisager comme éminemment souhaitable le traitement avant la marche. Les résultats

sont d'autant meilleurs que le traitement est appliqué de meilleure heure.

Au XXIX^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, en 1911, Froelich signalait que depuis dix ans, il réduisait la luxation dès qu'elle était diagnostiquée, même chez l'enfant de moins de 2 ans, car chez les tout petits enfants, la réduction est toujours possible, quelle que soit l'ascension de la tête fémorale. Røederer estime que la réduction est plus facile, moins traumatisante, et que l'antéposition de la tête se corrige spontanément. De plus, les modifications structurales d'adaptation surtout au niveau du cartilage de conjugaison de la tête augmentent par la fonction dans la hanche réduite.

Bauer veut, dès le diagnostic posé, restituer à l'enfant 2 facteurs prénataux essentiels qui ont manqué. :

- la position normale in-utéro en abduction-flexion;
- la liberté de fonction articulaire.

Gourdon, à la III^e Réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie, concluait que les résultats anatomiques étaient ainsi plus complets et que l'on mettait les malades à l'abri des complications tardives.

Etienne, Lapeyrie et Cabanac ont étudié cette question de façon approfondie, en novembre 1936, à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier; ils affirment: « que nous nous trouvions en présence d'une subluxation ou d'une luxation vraiment caractérisée, il est indiqué de la traiter immédiatement sans attendre que l'enfant ait fait ses premiers pas, et, à plus forte raison, qu'il soit en âge de supporter un appareil plâtré ».

L'on ne peut être étonné du nombre de défenseurs de la méthode du traitement précoce, quand l'on considère les avantages présentés par elle: ils sont le corollaire des buts qu'elle poursuit:

Elle essaye, en effet, de supprimer à l'enfant le traite-

ment habituellement institué après deux ans qui est long et fastidieux, lui évitant les ennuis et les aléas de ce traitement, l'anesthésie, le traumatisme de réduction souvent important (Rocher de Bordeaux signale un cas de sphacèle étendu du triangle de Scarpa, avec hémorragie par ulcération de l'artère fémorale; K. Gangele, Brun et Drehman ont signalé des cas de rupture grave des adducteurs donnant des troubles de la marche et une attitude défectueuse), l'atrophie et les altérations fonctionnelles consécutives à l'appareillage plâtré (coxa-ilecta, fractures, coxa-vara, coxa-plana, disparition de la tête, processus d'ostéoporose).

Utilisant la plasticité des tissus jeunes, intervenant avant les déformations secondaires par surcharge, elle peut permettre à l'enfant de faire ses premiers pas, à une date presque normale, ce qui constitue pour lui et ses parents un gain de temps considérable, évitant aux familles, connaissant le diagnostic, l'angoisse d'une longue attente.

DEUXIEME PARTIE

Comment traiter avant la marche la luxation congénitale de la hanche ?

CHAPITRE PREMIER

Des divers procédés employés

De nombreux procédés ont été proposés et essayés, ayant fait chacun plus ou moins d'adeptes, leur vogue ayant été très variable. Nous les envisagerons d'abord, nous arrêtant plus longtemps à la méthode actuellement la plus connue, la méthode de Putti.

Dès 1911, Frœlich employait la technique suivante: radiographie, puis réduction et plâtre, en laissant à découvert fesses et organes urinaires. Nouvelle radiographie de contrôle; après 4 mois, ablation du plâtre qui est resté dans la même position, c'est-à-dire les cuisses en abduction à 90°. Chez les nourrissons, soupçonnés cliniquement de luxation congénitale de la hanche, il suffit, pendant quelques mois, de maintenir les jambes écartées

sans appareil orthopédique et sans plâtre, pour que la luxation ne se complète pas.

Galeazzi attend l'âge de 6 mois. Après radiographie, si le diastasis coxofémoral est accentué ou la tête très haute, il pratique en un temps la mise en abduction selon la méthode de Lorentz. Il n'emploie la méthode de Putti, de réduction lente, que dans les cas légers. Il préfère alors aux appareils amovibles dont le défaut est de ne pas fixer le bassin, les appareils plâtrés qui tiennent bien et donnent une guérison infiniment plus rapide.

Bauer, voulant restituer l'action de deux facteurs qui auraient dû exister avant la naissance et qui ont manqué, la position normale in-utéro en abduction-flexion et la liberté de fonction articulaire, réalise un dispositif général constitué par un bandage réunissant l'extrémité supérieure des deux jambes à la partie postérieure d'une ceinture. Ainsi muni d'un ruban d'abduction, l'enfant reste dans le décubitus ventral, pouvant mobiliser ses hanches et se déplacer en rampant, ce qui est une excellente préparation à la station debout. L'usage de ce dispositif se fait d'emblée, pouvant alors se combiner au procédé de traitement précoce de Putti, soit après réduction vers l'âge de un an.

Chryssafis insiste sur l'importance de la rotation externe du pied qu'il a pu corriger avec une bande enroulée tout autour de la jambe et fixée à la ceinture.

Pour Krukenberg, la luxation congénitale commence toujours par être une subluxation et ne se complète que lors de la marche. On empêchera cette transformation en mettant de façon permanente le membre en abduction, ce que réalise l'auteur en faisant porter un soulier surélevé du côté sain. Cette méthode dite « de guérison spontanée » ne serait indiquée que chez les enfants de moins de un an, porteurs d'une luxation incomplète.

Gourdon a traité, jusqu'à 10 mois, les nourrissons par l'abduction complète des cuisses pendant 10 minutes, trois fois par jour. Après 10 mois, l'abduction était maintenue 15 à 20 minutes par une planche posée à la région postérieure des cuisses et fixée au moyen de bandes, cette planche étant maintenue pendant la nuit.

Huc et Pouliquen appliquent aux hanches luxables se réduisant spontanément quand on les met en position de Lorentz, le maintien, 4 à 6 heures par jour, sur un cheval de bois maintenant les cuisses en abduction; un étrier fixant en outre les membres en rotation externe et un coussin permettant de conserver cette position pendant la nuit. Dans les autres cas, ils préfèrent employer l'immobilisation plâtrée.

Lance, aux journées orthopédiques de Paris de 1933, présente des appareils en cuir, qui ont la propriété d'être nettoyables chez les tout petits qui se salissent constamment et qui, permettant la mobilisation pendant le traitement, évitent ainsi les raideurs articulaires.

Lamy emploie des appareils plâtrés en tromblon aplati, permettant à l'enfant de faire remuer son articulation.

Røederer a renoncé à traiter sans appareil plâtré la luxation congénitale de la hanche; en 1930, il présente un appareil à articulation à rotule, avec ceinture de celluloid, qu'il a construit depuis plusieurs années.

Papin relate en 1935 (*Journal de Médecine de Bordeaux*) qu'il a traité un enfant, depuis l'âge de 11 mois, avec un appareil mettant les deux membres inférieurs en abduction aussi marquée que possible: cet appareil est formé d'une simple demi-valve prenant aussi le bassin. Tout l'appareil est verni au celluloid intérieurement et extérieurement. On couche l'enfant sur des linges dans l'appareil, et les linges peuvent être changés aussi souvent qu'on le veut. L'enfant peut être sorti de l'appareil pour

les bains. Ce dernier maintient une abduction plus prolongée que celle obtenue par le coussin triangulaire.

Guérin, de Bordeaux, a traité, en 1936, une enfant au moyen d'un appareil en bois articulé au niveau des hanches. Les membres sont fixés en position de flexion abduction de 70° . L'enfant est renvoyée chez elle, installée sur un chevalet dont le dossier est à inclinaison variable. A demi-assise le jour, elle est presque étendue la nuit et urine en déclivité. Au bout de deux jours, les membres sont mis en abduction horizontale sans aucun effort; enfin, deux jours après, l'abduction-flexion est encore augmentée et l'on constate à ce moment que les têtes fémorales sont en place, quoiqu'aucun ressaut n'ait été perçu. Une radiographie confirme la réduction. Les parents sont autorisés à la sortir deux fois par semaine de son appareil pour sa toilette, en prenant seulement quelques précautions pour éviter une reluxation.

Les travaux de Putti sont, à l'heure actuelle, les plus connus, et de nombreux auteurs appellent « méthode de Putti » le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche. Bien que l'on ait prétendu que chez les nourrissons l'état de l'articulation ne se prêtait pas à la réduction, Putti montre qu'à cet âge, on peut obtenir la guérison complète et définitive, sans même faire de réduction. On peut, sans réduction et sans plâtre, soigner complètement des hanches luxées, si l'on intervient assez tôt, avant huit mois. Il suffit, à cet âge, de donner aux deux membres inférieurs, une position qui permette à la tête fémorale d'exercer une pression sur le cotyle pendant plusieurs mois. Les faits prouvent que la tête luxée se remet définitivement en place.

La technique la plus simple de Putti est la suivante: l'enfant est placé, les jambes écartées, sur un coussin qui a la forme d'un triangle isocèle, dont l'angle au sommet est de 90° . Les deux cuisses font ainsi 45° avec la verti-

cale et on les fixe en abduction et rotation interne avec de petits lacs. Ce coussin qu'on garnit de toile imperméable peut être enlevé deux ou trois fois par jour pour les soins de propreté, et c'est la mère elle-même qui, ensuite, replace les deux membres en abduction et rotation interne. Rapidement, les enfants s'habituent à cet appareil. Tous les deux mois, on contrôle aux rayons X le degré de réduction obtenu et l'enfant est mis sur de nouveaux coussins avec diminution de l'abduction. L'ensemble du traitement dure 8 à 12 mois. Il a également employé un appareil que l'on ne peut mieux comparer qu'à un parapluie n'ayant que deux baleines doublées de petits matelas imperméables, sur lesquels on fixe par des lacs les deux membres inférieurs de l'enfant. A mesure qu'on ouvre le parapluie, on fait de l'abduction progressive des membres inférieurs, puisque l'enfant est fixé à cheval sur le parapluie. On règle chaque jour cette abduction que l'on augmente le plus possible. Putti lui-même, a publié un nombre important de cas pareillement traités et dont l'évolution a été constamment dirigée vers la guérison. Faldini, Raphaël Massart, Piccagli, ont également rapporté des résultats très probants en faveur de cette méthode.

Le traitement précoce des luxations congénitales de la hanche avant la marche doit tenir compte, car il s'y heurte constamment, des conditions exigées par le jeune âge.

Les appareils plâtrés doivent être changés très souvent, puisque le malade se souille constamment, et ils sont détruits beaucoup trop rapidement.

La peau des nourrissons est également fragile; si l'on veut une tolérance plus grande, et un état de propreté relatif de l'appareil, il faut attendre l'âge de 2 ans et demi. Mais le but principal n'est plus atteint.

Les appareils amovibles sont plus faciles à nettoyer, sont moins traumatisants, mais la contention est moins précise.

CHAPITRE II

Des appareils utilisés dans le Service du Professeur Etienne pour faire le traitement précoce des luxations congénitales de la hanche

Frœlich a montré que les membres inférieurs étant parallèles, si l'on avait sur le cliché radiographique l'image d'une subluxation, il suffisait de faire une abduction de 90° environ, pour voir très simplement la tête fémorale s'abaisser dans le cotyle et y occuper une place normale.

Cette constatation est donc à mettre à profit dans le traitement : si l'on ajoute la fréquence d'une forte antetorsion (pouvant atteindre 60° à 90°) qu'il faut arriver à corriger, on comprendra l'utilité de réaliser aussi la rotation interne.

Si l'on examine à l'écran l'enfant atteint de luxation ou subluxation congénitale, et que l'on manœuvre le membre inférieur malade, on constate en général, qu'en plaçant la cuisse en abduction et rotation interne (position de

Whitmann) la tête reprend sa place normale dans la cavité cotyloïde.

Done, un appareil de traitement avant la marche doit réaliser l'abduction avec rotation interne, qui réduit et maintient dans des rapports normaux.

Il doit être facile à construire, permettre facilement les mesures de propreté, et être toléré très longtemps sans gêne. Cet appareil revêt la forme d'un trapèze rectangle dont les deux branches ont pour but de maintenir l'écartement nécessaire à la correction de la luxation.

— *Quels sont les éléments constitutants de cet appareil?*

1. D'une part des gouttières plâtrées;
2. D'autre part, un trapèze en feillard.

1° Les gouttières plâtrées doivent être modelées sur la face interne et la face plantaire du pied, la face interne de la jambe et du genou, et de l'extrémité inférieure de la cuisse.

2° Les côtés obliques du trapèze en feillard seront solidarisés avec les gouttières plâtrées, en un point choisi sur celles-ci.

Les côtés qui restent libres seront seulement renforcés avec des bandelettes plâtrées.

— *La technique de construction.*

Les luxations unies ou bilatérales sont traitées identiquement. Sur chaque membre inférieur l'on commencera par modeler soigneusement les gouttières plâtrées.

Quand elles sont bien sèches, on détermine sous l'écran la position optima à donner aux membres inférieurs. On apprécie ainsi de façon très exacte le degré d'abduction et rotation interne dans lequel seront fixés les deux membres inférieurs.

Tout en maintenant soigneusement cette position, on mesure l'écart qui sépare les genoux et celui qui sépare les régions du coup de pied: ces mesures permettent de donner les dimensions exactes au trapèze.

Ce n'est pas au hasard que l'on doit réunir feuillard et gouttières plâtrées: il faut, en général, que le feuillard soit plaqué contre la portion de gouttière qui correspond à la face antéro-interne, ou même au bord antérieur du tibia.

La flexibilité du feuillard permet de modifier facilement, selon les besoins, la longueur des branches parallèles du trapèze avant qu'elles ne soient renforcées par les bandes plâtrées. On solidarise le feuillard et les gouttières. On laisse sécher l'appareil ainsi construit.

— *Comment l'utiliser?*

Chaque membre inférieur est désinfecté soigneusement à l'alcool et recouvert d'un jersey. L'on applique une des gouttières que l'on fixe avec une bande de crêpe Velpeau, et l'on place le membre inférieur dans la rotation interne voulue et l'abduction convenable.

Le deuxième membre est amené dans la position de correction nécessaire; il doit prendre place automatiquement dans la deuxième gouttière, où une bande de crêpe Velpeau le fixe de même. L'enfant est alors dans la position du skieur, « en chasse-neige ».

L'on peut contrôler radiologiquement la correction obtenue; il suffira, tous les mois environ, d'enlever l'appareil, en maintenant les membres inférieurs dans la position voulue, de nettoyer la peau, de changer le jersey, et l'appareil sera remis en place. En général, la durée d'application a été de 6 mois, ce laps de temps a suffi à la reconstitution, dans la position de réduction de la tête fémorale, mais la durée peut varier.

— *Quelles sont les particularités de ce genre d'appareil?*

Il remplit la majeure partie des conditions nécessitées par l'âge des enfants; notons que les gouttières plâtrées remontent jusqu'au tiers inférieur de la cuisse: l'abduction et la rotation interne se font par l'extrémité inférieure du fémur, et non par le pied, ce qui évite l'apparition de la laxité de l'articulation du genou, fatale lorsque les phénomènes d'abduction et de rotation sont déterminés par action sur le pied et le coup de pied.

La région périnéale est laissée entièrement libre, ce qui évite les souillures de l'appareil, et permet les soins; pour cela, il suffit de soulever les membres inférieurs de l'enfant couché sur le dos.

Cet appareil est très peu fragile. Si l'on craint que le plâtre ne s'altère, on peut le vernir pour le rendre absolument imperméable.

Il immobilise suffisamment et solidement, mais il peut être facilement enlevé, facilement remis, sans que des compétences très particulières soient nécessaires.

Il n'offense pas la peau des membres inférieurs, puisque, entre les deux, est interposée une couche de jersey autant que possible aseptique.

Tel est le type général des appareils que nous avons vu employer; ils peuvent tout naturellement subir quelques modifications selon chaque individu à traiter, de façon à s'adapter le plus parfaitement possible. Mais ce ne sont que variantes; le principe est tel que nous l'avons exposé.

Ajoutons, que cet appareil peut être employé dans certains cas de luxation d'emblée, certaines de ces luxations ayant été traitées de cette façon avec succès.

Conclusions

Il apparaît ainsi que les luxations congénitales de la hanche avant la marche doivent être traitées, mais en tenant compte de ce fait que l'âge des malades exige des modes thérapeutiques particuliers.

Le pronostic est souvent difficile à préciser avant le début du traitement. Au cours de celui-ci, la transformation précoce du cotyle plat en une cavité de conformation normale est favorable. Le pronostic est d'autant plus mauvais que l'auvent acétabulaire est plus oblique, le col plus mince et avec une torsion plus considérable, que le noyau céphalique est d'apparition tardive, qu'il est hypoplasique, que l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale est mal formée, que la luxation a fait son apparition très précocement et qu'il existe enfin d'autres malformations congénitales.

La dissociation entre résultats anatomique et fonctionnel est fréquente, ce dernier étant déjà suffisant à défaut du premier. Même quand il n'existe pas de lésion d'arthrite déformante, la croissance ne reconstitue jamais une cavité rigoureusement normale. De plus, dans la luxation unilatérale, la cavité cotyloïde dite saine est bien souvent

quelque peu anormale. Il persiste un défaut d'ostéogénèse dû au vice congénital de développement, à la malformation osseuse qui est la lésion essentielle de la luxation congénitale.

Le traitement précoce, s'il n'aboutit pas à une reconstitution absolue de la forme anatomique de l'articulation, permet la marche, et souvent une marche normale à peine retardée.

Bibliographie

ALBANÈSE. — Sur l'évolution et le traitement de quelques subluxations congénitales de la hanche. *XIX^e Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie*, Rome, 10 octobre 1928.

ALLISON (Nathaniel). — Les modifications d'adaptation dans les luxations congénitales de la hanche et leur importance dans le traitement. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. X, n° 4, octobre 1928.

APERT et BOCH (Mlle). — Dysostose crânio-faciale avec luxation congénitale de la hanche. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 25 mai 1928.

BARBAZA (Vienne). — L'inexistence au Brésil de la luxation congénitale de la hanche. *Presse Médicale*, 8 septembre 1935.

BARGEILLINI (Milan). — Suite de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Archivio di ortopedia*, 1921, tome xxxvi.

— La reconstitution du cotyle dans la réduction non sanglante de la luxation de la hanche. *Archivio di ortopedia*, vol. xxxviii, f. 11.

- BAUER. — Nouveau traitement de la luxation congénitale de la hanche. *La Chir. d. org. d. mov.*, vol. XIX, fasc. 6, p. 538-544.
- BECKER. — Contribution aux résultats éloignés du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, t. CCXLI, fasc. 3, 4 et 5 septembre 1933.
- BOULARAN (Toulouse). — Le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche, sans appareil. *Soc. Nationale de Chirurgie*, 19 février 1930.
- CALOT. — Les lois du traitement des luxations congénitales de la hanche. *Académie de Médecine*, 4 juin 1918.
- Comment obtenir la guérison vraie de la luxation congénitale de la hanche. *Acad. Médecine*, 16 juillet 1918.
- Les récentes acquisitions sur la luxation congénitale de la hanche. *Presse Méd.*, 22 septembre 1920.
- CALOT et COLLEU. — L'ostéochondrite de la hanche (ou coxaplane) est une subluxation congénitale méconnue. *Presse Médicale*, 14 janvier 1922.
- CALOT (Berck). — Traitement des luxations et subluxation de la hanche. XXXIX^e Congrès de l'Association française de Chirurgie.
- CHARIER (Dr. Angers). — A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les jeunes enfants. *Revue d'Orthopédie*, 1931, p. 118.
- Luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. Radiographies prises le lendemain de la réduction. *Revue d'Orthopédie*, tome IV, n^o 4, juillet 1927.

- CHARRY (René). — La mésadaptation de la hanche. *Journ. des Praticiens*, 3 mai 1930.
- CHRYSSAFIS (M.). — Un appareil pour les luxations congénitales irréductibles de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, mars 1924, p. 155.
- Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie, 1932. Présidence, Professeur Putti.
- CURCIO (Attilio). — Nouvelle méthode de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, 1929, p. 59.
- DYRE DIRIKS. — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Thèse de doctorat*, Paris, 1925.
- ELY. — Luxation congénitale de la hanche; étude de vingt-neuf cas. *The Journal of the American Medical Association*. N C 22. Med. 1925.
- ESTOR. — Guide Pratique de Chirurgie infantile, 1904.
- ETIENNE, LAPEYRIE, CABANAC. — Le traitement des luxations congénitales de la hanche avant la marche. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, novembre 1936.
- FABER (Alexandre), Leipzig. — Pronostic de la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche. *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*, t. LXII, fasc. 4, 5 février 1935, art. 17, p. 358 à 379.
- FALDINI, Parme. — Traitement précoce des préluxations de la hanche, selon Putti.
- FEISS. — Nouvelle méthode pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Surgery Gynecol. and Obstetrics*, vol. XLIX, n° 4, octobre 1929.

FRIBERG (Albert), de Cincinnati. — Luxation congénitale de la hanche, sélection des cas pour la réduction sanglante. *The Journal of Bone and joint Surgery*, vol. XVII, n° janvier 1935.

FRANCESCHETTI, Rome. — Sur la guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Ortopedia e Traumatologia dell' Apparato motore*. An II, n° 4, août 1930.

FRÉLICH. — Traitement précoce ou préventif de la luxation congénitale de la hanche. *Journées médicales de Nancy*, juin 1935.

— La luxation congénitale de la hanche doit être réduite chez le nourrisson (avant deux ans). XXIV^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, 2-7 octobre 1911.

FROUIN (Mlle). — Luxation congénitale de la hanche. Etat actuel du traitement. *L'Avenir Médical*, 1937.

GALEAZZI. — Considérations sur les résultats lointains de la cure non sanglante de la luxation de la hanche. *Arch. di Ortopedia*, vol. XLIV, fasc. I, p. 75-84.

GANGELE (K.). — Existe-t-il une subluxation congénitale de la hanche. *Zeits. f. Orthop. Chir.*, Bd. 44, 1924, p. 562.

— Anatomie et radiologie du fémur infantile à propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Zeits. f. Orthop. Chir.* 1924, Bd. 44.

GAZZOTTI. — Sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche. *Gazzetta degli ospedali et delle cliniche*, an 4, n° 38, septembre 1929.

GHILLINI (C.). — Luxation de la hanche expérimentale et congénitale. *Zeitschrift f. Orthopædische Chirurgie*, 1908, t. XIX.

GOURDON. — Symptôme de la luxation congénitale de la hanche supra-cotyloïdienne. *Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, juin 1929.

— Le diagnostic des malformations congénitales de la hanche chez le nourrisson. Son utilité pour prévenir la luxation congénitale. *Soc. Méd. et Chir. Bordeaux*, juillet 1929.

— Le rôle de la capsule articulaire au cours du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les luxés non opérés. *Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur de Bordeaux*, 7 avril 1932.

— Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, 22 janvier 1933.

— Luxation congénitale de la hanche. *Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 16 février 1933.

GOTTLIEB (Filip). — Un signe radiologique de la luxation congénitale coxo-fémorale. *Presse Méd.*, 25 mars 1933.

GUÉRIN (R.). — Luxation congénitale double de la hanche chez un enfant de 15 mois. Réduction progressive dans un appareil articulé. Pas d'appareil plâtré. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1936, p. 179.

HARRENSTEIN (R.), Amsterdam. — Un cas de luxation de la hanche complètement constituée chez un fœtus âgé de 7 mois. *Zeitschrift. f. Orthopædische Chirurgie*, 1925, t. XLVI, fasc. 3, p. 398 à 409.

- Nouvelles considérations sur l'origine de la luxation congénitale de la hanche (à l'occasion de quelques cas de luxation de la hanche chez les enfants prématurés). *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*, t. II, fasc. 3, art. XXI, 18 mai 1928.

HENDRIX, Bruxelles. — Traitement ambulatoire immédiat après la réduction des luxations congénitales unilatérales. *Bull. et Mémoires de la Soc. Belge d'Orthopédie*, t. II, n° 2, février 1930.

HILGENREINER (H.), Prague. — Pronostic de la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche. *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*, t. LX, fasc I, 5 septembre 33, art. 4, p. 44-65.

HUC et POULIQUEN. — Traitement des hanches luxables. *Soc. de pédiâtrie*, 21 janvier 1930.

JOACHIMSTAL. — L'état actuel du traitement des luxations congénitales de la hanche. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. XXXVIII, n° 33, 15 août 1912.

JUDET (Henri). — La reprise de la marche après le traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. *Soc. de Chir. de Paris. Bull. et Mén.*, t. XXV, n° 11, p. 463-466.

--- Appareil de marche pour la convalescence des luxations congénitales de la hanche, traités par la méthode orthopédique. *Soc. Chir. Paris*, 16 mars 1934.

KRUKENBERG (H.), Elberfeld. — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*, t. XLVII, fasc. 1, 29 septembre 1925.

KURT-LINDEMAN, Kiel. — La conformation définitive de la cavité cotyloïde dans la luxation congénitale de la hanche traitée par méthode non sanglante. *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*, t. LX, fasc. 2, 31 octobre 1933, art. 13, p. 178 à 195.

LAMY (L.). — Luxation congénitale de la hanche. Statistique et mauvais résultats. *Soc. des Chirurgiens de Paris. Bull. et Mémoires*, t. XXV, n° 11, p. 441 à 463.

LANCE. — Le diagnostic radiographique des désaxations douloureuses de la hanche. *VIII^e Congrès de la Soc. française d'Orthopédie*, 8 octobre 1926.

— Traitement de la luxation congénitale en appareil en cuir. *Journées orthopéd. de Paris*, 17-18 juillet 1933.

LASSERRE (Ch.). — Un cas de genu recurvatum congénital double et symétrique, coexistant avec une luxation congénitale double de la hanche. *Soc. Méd. et Chir. Bordeaux*, 19-26 janvier 1923.

LÉPART. — Pathogénie de la luxation congénitale. *Thèse de Paris*, 1933.

MANDRUZZATO. — Etude statistique des luxations congénitales de la hanche. *La Chirurgia d. org. di Mov.* Vol. XIV, fasc. 2, p. 200-211.

MANFREDI. — Sur le caractère positif de la ligne de Shenton dans le diagnostic de la luxation congénitale de la hanche. *Arch. di Ortopedia*, vol. XLVI, f. I, p. 385-393.

MARCHAND (Louis). — Contribution à l'étude des hanches congénitalement désaxées. *Thèse Montpellier*, 1927.

MASSART (Raphaël). — La hanche dite « saine » dans la luxation congénitale unilatérale. *Soc. des Chirurgiens de Paris. Bull. et Mém.*, t. xxv, n° 11, 7 juillet 1933.

MASSABUAU, GUIBAL, MARCHAND, TRUC. — Deux observations de hanches congénitalement désaxées accompagnées de troubles fonctionnels. *Soc. des Sc. méd. et biol. de Montp.*, décembre 1927.

MAYET (A.). — A quel âge un enfant commence-t-il à marcher. *Revue mens. de Gyn. obst. et Pédiatrie*, Paris, février 1908.

NATHAN (W.), Mayence. — Traumatisme obstétrical et luxation de la hanche. *Zeitschrift f. Orthop. Chir.*, t. II, fasc. 3, 18 mai 1928, p. 383-388.

NICOLA. — Sur la guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Ortopedia et Traumatologia del Apparato Motore*, Vol. II, n° 4, août 1930.

NOVE-JOSSERAND (G.). — Malformations et subluxations de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, mars 1925, n° 2, p. 85.

PAPIN (Edouard). — Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les très jeunes enfants. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1935, n° 15, p. 410.

POUCEL. — La protection contre l'urine en chirurgie et en orthopédie infantiles. *Presse Méd.*, 7 oct. 1936, n° 81.

PREISER. — La coxa-valga congénitale, premier degré de la luxation congénitale de la hanche. *Zeitschrift f. Orthop. Chir.*, 1908, t. xxi.

PUTTL. — Analyses de la triade radiosymptomatique des états de préluxation de la hanche. *La Chirurgia*

d. organi. d. movimento. Vol. XVII, fasc. 5, p. 453-459.

RICHMOND (Stephens). — Une revue des résultats définitifs du traitement de la luxation congénitale de la hanche. *The Journal of Bone and joint Surg.*, vol. X, n° 3, juillet 1928.

III* Réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie. — Résultats éloignés du traitement des luxations congénitales de la hanche par la réduction non sanglante, octobre 1921.

REVIGLIO. — Contribution radiologique à la connaissance de la réduction spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Arch. di Ortopedia*, vol. XLV, p. 416-431, 1929.

ROCHER. — Renseignements fournis par la radiographie dans certaines luxations congénitales de la hanche. *Soc. Méd. et Chirurgie Bordeaux*, 28 mai 1937.

RÖDERER. — A propos des résultats éloignés de la luxation congénitale de la hanche. *Soc. Méd. Paris*, 25 fév. 1922.

— Traitement de la luxation congénitale de la hanche sans plâtre. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 5 décembre 1930.

— Traitement de la luxation congénitale sans plâtre. *Soc. Chir. Paris*, t. XXII, n° 16, p. 744.

Société Chirurgie de Lyon. — Séance du 3 avril 1934.

SLOMANN (H.-C.), Copenhague. — Sur la guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *The Journal of Bone and joint Surgery*. Vol. VI, n° 1, janvier 1924.

SOUTTER et LOWWET, Boston. — Luxation congénitale de la hanche, étude de 277 cas. *The Journal of the American Med. Association*, vol. LXXXII, n° 3, 19 janvier 1924.

STEWART, Los Angeles. — Le traitement physiologique de la luxation congénitale de la hanche. *The Journal of Bone and joint Surgery*, vol. XVII, n° 1, janvier 1935.

SUDBRACK (J.), Leipzig. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche à la Clinique orthopédique de l'Université de Leipzig. *Zeitschrift. f. Orthop. Chirurgie*, t. L, fasc. I, 31 août. 1928, p. 90-112.

TRÈVES. — Présentation d'appareil pour la luxation congénitale de la hanche. *Soc. Pédiatrie*, 12 octobre 1920.

VAN NECK. — *Arch. franco-belges de Chirurgie*, 1924, p. 61.

VENEZIAN (Doct. Edmondo). — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *XX^e Congrès de la Soc. Italienne d'Orthopédie*.

— Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. *Arch. di Ortopedia*, vol. XLVI, fasc. 2, p. 679-686.

VOUDOURIS, Athènes. — Luxations spontanée post-scarlatineuse. Guérison. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, n° 2, 5 février 1924, p. 59.

WILLIAM JACKSON MERRILL. — La méthode de Davis pour la réduction de la luxation congénitale de la hanche. *The Journal of Bone and joint Surgery*, oct. 1922, vol. IV, n° 4.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Traitement de la luxation congé-
nitale de la hanche avant la marche,
par M. Camille MARTIN.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 26 Janvier 1939

• *Le Professeur :*
ETIENNE

Vu :

Montpellier, le 26 Janvier 1939

Le Doyen :
EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 27 Janvier 1939

Le Recteur :
PARISELLE

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
